

17 janvier 2012 / n° 2-3-4

Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France

Special issue - Health and health care use among migrants in France

p. 13 **Éditorial / Editorial**

p. 14 **Sommaire détaillé / Table of contents**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Florence Lot, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et Elodie Aïna, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France, et pour le comité de rédaction : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France ; Bruno Morel, Agence régionale de santé Rhône-Alpes, Lyon, France et Valérie Schwoebel, Cellule de l'InVS en région Midi-Pyrénées, Toulouse, France

Éditorial / Editorial

Myriam Khat

Directrice de recherches, Institut national d'études démographiques, Paris, France

En France, l'Insee dénombrait à la fin des années 2000 un effectif de 5,3 millions d'immigrés¹ (8,4% de la population), dont 38% originaires d'Europe et 43% d'Afrique [1], mais il n'existe pas de vision d'ensemble de la santé de ces populations. Si les entraves au développement de ce champ sont en partie idéologiques, il y a lieu de souligner la difficulté de l'exercice, du fait de la diversité des populations et des nombreux biais (biais de déclaration dans les enquêtes, sous-estimation de la mortalité en raison du retour de migrants gravement malades dans leur pays d'origine).

L'étude de la santé des migrants est pourtant intéressante à plus d'un titre : en épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chroniques ; en santé publique, elle relève traditionnellement de l'intérêt pour les populations vulnérables. Les études rassemblées dans ce numéro du BEH se situent dans cette seconde perspective. La majorité d'entre elles exploite de grands corpus de données, avec une représentativité nationale ou régionale (Enquêtes nationales périnatales, Enquête décennale de santé, Cohorte SIRS, Enquête Trajectoires et origines, systèmes de surveillance des maladies infectieuses). En complément, les autres études se basent sur des données de centres de soins d'ONG (Comede, Médecins du Monde).

Une revue de la littérature existante en France (C. Berchet et coll.) révèle des résultats contradictoires : de meilleur que celui des non-immigrés dans les années 1980 et 1990, l'état de santé des immigrants semble devenir moins bon dans les années 2000. Une évolution similaire a été décrite dans d'autres grands pays d'immigration. Dans la littérature internationale, l'effet « immigrant en bonne santé » (*healthy migrant effect*), très net pour les migrations de travail, a été observé pour le taux de mortalité, la santé perçue et la prévalence de certaines maladies chroniques. Cette différence en faveur des migrants a longtemps été interprétée comme le reflet : (a) des facteurs sélectifs, tenant à la fois au filtre des procédures d'immigration et à un processus d'auto-sélection ; (b) de certaines habitudes de vie, notamment alimentaires, plus favorables. Les femmes migrantes arrivées dans le cadre du regroupement familial ne semblaient pas bénéficier de cet effet, qui a été documenté aux États-Unis (où il existe toute une littérature épidémiologique sur le *Latino mortality paradox* [2]), au Canada, en Australie et dans certains pays d'Europe [3]. Mais cet avantage s'estompe au fur et à mesure que la durée de résidence dans le pays d'accueil s'allonge, jusqu'à se retourner en désavantage par rapport à la population du pays d'accueil [4]. Ce « paradoxe de l'assimilation » est attribué en grande partie à l'adoption progressive par les migrants d'habitudes de vie moins favorables à la santé, engendrant une exposition croissante aux facteurs de risque des maladies de civilisation (alcool, tabac, obésité). Pour la France, l'explication réside sans doute aussi dans une évolution des profils de migrants (voir l'encadré de C. Wihtol de Wenden). À ces effets de composition s'ajoutent un effet d'usure lié à la pénibilité des emplois et une fragilité particulière par rapport à la crise et à la montée de la précarité, alors que les appuis familiaux et sociaux sont affaiblis suite au déracinement.

Les auteurs se penchent sur les différentes facettes de la vulnérabilité des populations migrantes en France dans les années récentes. Il en ressort une série de faits marquants : un moins bon état de santé que la population majoritaire, qui ne s'explique que partiellement par des facteurs sociaux et psychosociaux, et la grande diversité des profils de santé selon le pays d'origine (C. Hamel et coll.) ; la situation particulièrement exposée des femmes migrantes, avec les risques périnataux (femmes originaires d'Afrique subsaharienne, cf. M-J Saurel-Cubizolles et coll.), les risques de diabète (femmes originaires d'un pays du Maghreb, cf. S. Fosse et coll.), et l'insuffisance du dépistage du cancer du col de l'utérus (pour les étrangères et pour les françaises nées au moins d'un parent étranger, cf. F. Grillo et coll.) ; l'importance des pathologies mentales, et notamment des psychotraumatismes parmi les patients des centres de soins (A. Veisse et coll.). Par ailleurs, en 2009, la moitié des découvertes de séropositivité à VIH et des cas de tuberculose maladie et les trois quarts des patients pris en charge pour une hépatite B chronique concernaient des migrants,

¹ Sont immigrées les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, y compris celles qui ont acquis la nationalité française depuis leur arrivée.

élevé de développer un diabète à un niveau de corpulence plus faible par rapport à la population d'origine française. Toutefois, le diabète de type 2 résulte d'interactions entre génétique et environnement, et cette interaction semble plus forte chez les femmes que chez les hommes d'origine maghrébine, d'après les résultats issus de l'Enquête décennale santé 2002-2003.

Par ailleurs, l'analyse des données d'Entred 2007 a mis en évidence un moins bon contrôle glycémique chez les personnes d'origine maghrébine (hommes et femmes), qui peut être l'une des causes de la plus forte prévalence des complications ophtalmologiques dans cette population. Il existe, de plus, un

moins bon suivi par dosage de l'HbA1c, lié à un niveau socioéconomique plus faible.

L'impact important du pays d'origine (Maghreb), en particulier sur la prévalence du diabète chez les femmes et sur la prise en charge médicale du diabète dans les deux sexes, doit être pris en compte dans les campagnes de prévention. Les campagnes de prévention primaire du diabète (lutte contre l'obésité et la sédentarité dans les populations défavorisées) prévues dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) pourraient être mises à profit pour sensibiliser les professionnels de santé qui prennent en charge médicalement ces populations, en particulier les médecins généralistes et les

médecins hospitaliers. D'autre part, une éducation thérapeutique prenant en compte les diversités socioculturelles, ainsi qu'un suivi médical approprié, pourraient être proposés aux populations d'origine maghrébine, compte tenu de leur forte exposition au diabète.

Références

- [1] Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau P, et al. Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009 ? Bull Epidémiol Hebd. 2010;(42-43):425-31.
- [2] Brahim M. La mortalité des étrangers en France. Population. 1980;35(3):603-22.
- [3] Courbage Y, Khlat M. La mortalité et les causes de décès des Marocains en France 1979 à 1991. II. Les causes de décès. Population. 1995;50(2):447-71.

Santé mentale des migrants/étrangers : mieux caractériser pour mieux soigner

Arnaud Veisse, Laure Wolmark, Pascal Revault (pascal.revault@comede.org)

Comede (Comité médical pour les exilés), Le Kremlin-Bicêtre, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les pathologies psychiques représentent l'un des enjeux majeurs de santé chez les migrants/étrangers en France, mais ceux-ci sont souvent ignorés dans les études en population générale.

Matériel et méthode – Les données recueillies au sein des dispositifs de soins du Comede (Comité médical pour les exilés) ont permis de décrire les psychotraumatismes dans une population d'exilés marquée par des antécédents de violence, la précarité du statut administratif et des difficultés de communication pour les personnes non francophones.

Résultats – Entre 2004 et 2010, parmi les 17 836 personnes ayant consulté un médecin dans les centres de santé du Comede, plus de 60% avaient subi des violences dans leur pays d'origine, et près d'un quart la torture. Le taux de prévalence des psychotraumatismes à la première consultation était de 112‰. Il était le plus élevé chez les personnes âgées de 29 à 49 ans, chez les femmes, et variait selon la nationalité. Ces résultats montrent une forte prévalence des syndromes psychotraumatiques dans cette population, plus élevée que la prévalence des pathologies psychiques rapportée dans les études en population générale.

Conclusion – La fréquence et les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants/étrangers en situation de vulnérabilité nécessitent de développer la recherche associant enquêtes épidémiologiques et études qualitatives et de faire évoluer les catégories diagnostiques utilisées.

Mental health amongst migrants/foreigners: improving description for better care

Introduction – Psychic disorders represent one of the major health issues for migrants/foreigners in France, but these populations are often ignored in general population studies.

Material and method – Data collected in the COMEDE health system show the importance of these issues, for individuals with a background characterised by past history of violence, precarious administrative situation, and communication obstacles for non-francophones.

Results – Between 2004 and 2010, among 17,836 persons who sought medical care within the COMEDE health system, more than 60% had experienced violent events in their country of origin, and more than a quarter had experienced torture. The prevalence rate of psycho-traumatic syndromes is 112 per 1,000. It was higher among 20-49 year olds and women, and was strongly related to nationality. Substantiated by other associative sources of information, these data show the high prevalence of psychological trauma, in comparison to general population studies.

Conclusion – The frequency and characteristics of mental illness among migrants/foreigners in vulnerable situations require research development combining epidemiological and qualitative studies, and advancing the diagnostic categories used.

Mots clés / Key words

Migrants, étrangers, exilés, santé mentale, psychotraumatisme, violences, vulnérabilité / *Migrants, foreigners, exile, mental health, psychological trauma, violent events, vulnerability*

Introduction

Les populations de migrants/étrangers en France (voir encadré ci-contre) sont longtemps restées dans « l'angle mort » des politiques de lutte contre le sida, avant d'être finalement prises en compte sous l'effet conjugué d'alertes épidémiologiques répétées et de la mobilisation des associations de malades. Désormais, les caractéristiques de l'épidémie dans ces populations font l'objet d'une surveillance attentive permettant notamment d'adapter les actions de prévention et d'organisation des soins. Dans le domaine des hépatites virales, cette évolution a également été entreprise, avec la reconnaissance récente d'une prévalence importante des infections chroniques à VHB et à VHC chez les migrants [1]. Ainsi, dans le sillage de la lutte contre la tuberculose, l'attention des politiques de santé publique reste principalement portée sur les maladies infectieuses.

Pourtant, d'autres pathologies chroniques et/ou invalidantes ont également une prévalence importante dans ces populations. Dans l'observation du Comede (Comité médical pour les exilés¹), les pathologies psychiques sont les plus fréquemment rencontrées, devant les maladies cardiovasculaires, l'infection à VHB et le diabète [2]. Alors qu'elles constituent, au Comede, la première cause de suivi médical et psychologique, les questions de santé mentale des migrants/étrangers restent pourtant négligées dans la plupart des services de santé, quant elles ne sont pas renvoyées à leurs représentations essentiellement culturelles. Dans le livre des plans de santé publique de 2009 et 2011², la santé mentale occupe une place marginale. Si les populations vulnérables sont citées, les termes « migrants », « étrangers », « exilés » et « demandeurs d'asile » n'apparaissent pas dans le Plan de santé mentale. Cette négligence se double d'une absence de recherche : les quelques études épidémiologiques réalisées omettent ainsi, quasi systématiquement, de questionner le lien avec le pays de naissance ou la nationalité. Tout se passe comme si la plupart des recherches considéraient soit que cette qualité n'était pas associée à des variations pathologiques ou de recours aux soins, soit que ces variations s'expliquaient par les seuls facteurs de vulnérabilité sociale pouvant affecter l'ensemble de la population, avant même la question pertinente des difficultés méthodologiques. C'est méconnaître plusieurs déterminants de santé propres aux populations concernées : la fréquence des antécédents de violence, la précarité du statut administratif et, enfin, les difficultés de communication pour les personnes non encore francophones.

À partir des postes d'observation du Comede, recevant pour la majeure partie une population résidant en Île-de-France, nous avons examiné successivement les caractéristiques des personnes concernées, la répartition des facteurs de vulnérabilité et la prévalence des pathologies rencontrées, afin de les situer dans le contexte plus global des populations exilées.

¹ <http://www.comede.org>

² <http://www.sante.gouv.fr/livre-des-plans-de-sante-publique-3eme-edition-mai-2011.html>

Encadré Définitions / Box Definitions

- **Demandeur d'asile** : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.
- **Étranger** : personne qui n'a pas la nationalité française ; terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique.
- **Exilé** : terme évoquant notamment le caractère contraint de la situation de migration, et en particulier ses aspects psychologiques.
- **Migrant** : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des **immigrants**, qu'ils soient Français de naissance ou étrangers.
- **Réfugié** : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).

Matériel et méthodes

Depuis sa création en 1979, le Comede a accueilli, soigné et soutenu plus de 100 000 personnes exilées de 150 nationalités au Centre de santé (hébergé par l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris dans l'Hôpital Bicêtre) et à l'Espace santé droit (à Aubervilliers, dans le cadre d'un partenariat avec la Cimade³). Le Comede travaille avec des interprètes professionnels de l'association Inter services migrants⁴, le plus souvent physiquement présents, et à défaut par téléphone. Le centre-ressource s'appuie sur ces activités d'accueil et de consultations pour développer des actions d'information, de formation et de recherche sur la santé des exilés, en lien avec le réseau national des professionnels de la santé et du social, utilisateurs du guide du Comede.

Un bilan de santé est proposé à tous les nouveaux consultants en médecine, dont les caractéristiques sociodémographiques sont enregistrées lors du premier accueil. Un recours au psychologue est proposé par le médecin aux personnes qu'il estime concernées. Il peut s'agir d'un accompagnement psychologique ou d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique, sans durée prédéterminée, la médiane de suivi étant de 5 mois. Le diagnostic est posé par le médecin et le psychologue. Les consultations font l'objet d'un recueil de données permettant d'apprécier le motif de recours aux soins et la nature de l'intervention réalisée. Les informations relatives aux résultats des bilans de santé et à la continuité des soins des personnes atteintes de pathologie grave sont saisies et mises à jour par les médecins et psychologues dans une base de données informatisée développée par le Comede, et sont régulièrement discutées lors des réunions de l'équipe de soins.

Le retentissement psychique des traumatismes a été décrit dès le XIX^e siècle. Ses descriptions et dénominations ont beaucoup fluctué et évolué au cours du XX^e siècle. Le terme de névrose traumatique apparaît pour la première fois chez Oppenheim en 1889 (*die Traumatischen Neurosen*) [3], son équivalent pour Kraepelin étant la névrose d'effroi (*Schreckneurose*) [4]. Si ce sont les conséquences psychologiques des traumatismes physiques qui retiennent l'attention des premiers classificateurs, les « pertes psychiques » en temps de guerre liées à l'exposition à la violence des combats, ainsi que les conséquences des abus sexuels dans l'enfance constituent les événements qui concourent à l'élaboration des théories concernant « traumatismes psychiques » chez des auteurs tels Freud [5] et Ferenczi [6]. Le Manuel

³ <http://www.cimade.org/>

⁴ <http://www.ism-interpretariat.com/>

diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR [7] établit, quant à lui, comme caractéristique essentielle du diagnostic d'état de stress post-traumatique, « le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à un stress extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement » (p. 533). Les auteurs français contemporains, tels Louis Crocq, maintiennent la distinction entre stress et *trauma* psychique, se situant dans la continuité de la psychanalyse et la phénoménologie, tout en mettant en avant l'importance d'un soin psychologique précoce des victimes de violence et de catastrophes naturelles [8]. Si le référentiel du DSM-IV est utile en termes de mesure de la santé psychique [7], il ne rend pas compte de la diversité, de la singularité des trajectoires et de la complexité des situations rencontrées, en particulier pour les catégories dites « d'état de stress post-traumatiques » (ESPT) simples ou complexes. Cette appellation d'ESPT est de plus discutée sur le plan de la logique nosographique pour différentes raisons. Tout d'abord, cette appellation utilise le terme de stress, bien caractérisé en biologie, dans le domaine psychique, ce qui constitue un *a priori* discutable. De plus, ce diagnostic emploie une cotation ordinaire réductrice qui fige les tableaux cliniques. Le terme « post-traumatique » introduit enfin une linéarité infondée dans la clinique [9]. Elle ne tient également pas compte des épisodes de dépression réactionnelle. Il est apparu donc plus approprié de considérer la catégorie des syndromes psychotraumatiques regroupant l'ESPT, les dépressions réactionnelles et les névroses traumatiques comme le recommande C. Barrois [9;10]. En effet, les patients suivis au Comede souffrent le plus souvent de syndromes psychotraumatiques, dans lesquels dominent cauchemars et reviviscences, troubles de la mémoire et de la concentration, hypervigilance, mais aussi douleurs physiques rebelles au traitement antalgique et asthénie. Ces syndromes peuvent prendre la forme d'épisodes dissociatifs, s'exprimant par des moments de confusion, d'agitation ou encore de mutisme et de stupeur. Certains patients traversent des états de détresse psychiques intenses, associés à des dépressions graves, et témoignent d'idées suicidaires.

La prévalence des syndromes psychotraumatiques est ainsi calculée sur la base du nombre de personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic de syndrome psychotraumatique, appelé ici « psychotraumatisme » lors de la première consultation par rapport au nombre de patients ayant consulté au moins une fois en médecine, pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2010.

Résultats

Entre 2004 et 2010, 17 836 personnes ont consulté en médecine (postes d'observation du Comede). Majoritairement des hommes (75%), jeunes (âge médian 31 ans lors de la première consultation), ces personnes étaient récemment arrivées en France (délai médian 7 mois); elles étaient principalement originaires (nationalité déclarée) d'Asie du Sud (34%), d'Afrique de l'Ouest (24%), d'Afrique centrale (23%), d'Europe de l'Est (9%), d'Afrique du Nord (3%), des Caraïbes (2%), et d'Afrique de l'Est (2%). En 2010, 52% des consultations médicales du Comede ont eu lieu en langue étrangère (utilisée par le patient).

Ces personnes se trouvaient dans une situation de grande précarité administrative, principalement en rapport avec une demande d'asile (78% des patients du Comede en 2009, dont 57% munis d'un document de séjour provisoire, 3% d'une « convocation à la préfecture », 3% placés en « procédure prioritaire » sans admission au séjour, et 15% « déboutés » par la Cour nationale du droit d'asile ou dans d'autres démarches de régularisation (16%, dont 1% de titulaires d'une carte de séjour temporaire et 15% en situation irrégulière). Seuls 3% détenaient un titre de séjour stable (carte de résident), alors que 3% étaient des mineurs étrangers isolés (donc non soumis à une condition de séjour régulier) [2].

Lors de la première consultation en 2010, 61% des patients étaient dépourvus d'assurance-maladie, 32% bénéficiaient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), 3% de l'Aide médicale de l'État (AME) et 5% étaient affiliés au régime de base de l'assurance-maladie sans protection complémentaire. La précarité administrative induit la précarité sociale, les demandeurs d'asile devant vivre avec une allocation temporaire d'attente de 330 euros par mois, sans autorisation de travail, et ce alors que seuls 31% d'entre eux sont hébergés dans le dispositif national d'accueil. Presque toujours sans domicile fixe, les exilés se trouvent, de plus en plus souvent, sans abri lorsque la solidarité des compatriotes vient à manquer [2].

Lors de l'entretien, plus de la moitié des patients ayant consulté de 2004 à 2010 ont déclaré avoir subi des violences sur la période considérée (60%) dans leur pays d'origine [11], et près d'un quart avoir subi la torture (22%) [12]. Ces antécédents de violence et de torture sont fortement corrélés à la nationalité (tableau 1), traduisant les violations des droits de l'Homme, que ce soit dans des contextes de guerre civile (Sri Lanka) ou non (Guinée).

Parmi les 17 836 personnes considérées dans cette étude, le taux de prévalence des syndromes psychotraumatiques est de 112‰. Il est de 188‰ chez les femmes et de 86‰ chez les hommes (tableau 2), et plus important parmi les personnes âgées de 20 à 49 ans (figure). Il est plus élevé parmi les patients originaires d'Afrique centrale (femmes 196, hommes 169), d'Afrique de l'Est (femmes 268, hommes 110), d'Europe de l'Est (femmes 216, hommes 116) et d'Afrique de l'Ouest (femmes 227, hommes 93), avec des variations importantes selon les pays d'origine.

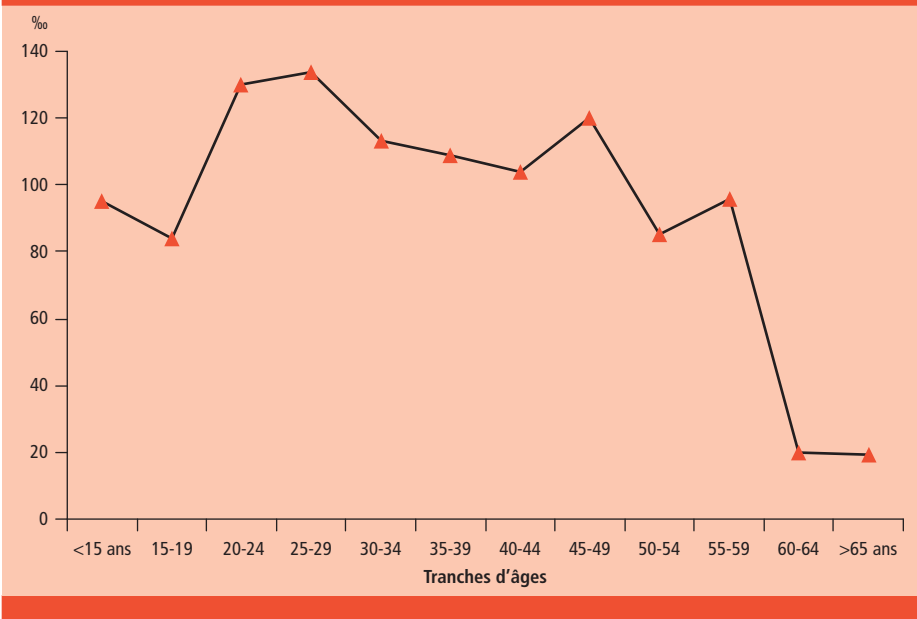
Tableau 1 Antécédents de violence et de torture parmi les patients des 20 nationalités les plus représentées consultant en médecine au Comede entre 2007 et 2010, France / *Table 1* Violence and torture experienced by patients of the 20 main nationalities visiting general practitioners at COMEDE between 2007 and 2010, France

Pays	Effectif	Violence (%)	Torture (%)
Sri Lanka	1 835	75	51
Togo	62	72	41
Guinée Conakry	732	68	39
Soudan	89	61	34
Turquie	402	60	29
Haïti	141	56	5
Congo	335	55	35
Mauritanie	441	55	34
Bangladesh	1 455	55	8
Russie/Tchéchénie	265	51	25
Afghanistan	89	50	17
République démocratique du Congo (RDC)	1 261	46	30
Côte d'Ivoire	339	43	24
Cameroun	197	37	13
Nigeria	162	33	12
Sierra Leone	60	33	11
Angola/Cabinda	139	28	15
Pakistan	173	20	4
Inde	94	21	15
Algérie	192	1	8

Tableau 2 Taux de prévalence (pour 1 000) des psychotraumatismes observés au Comede par sexe, région et pays d'origine avec taux comparatifs pour le diabète, l'infection chronique à VHB ou VHC et l'infection à VIH, parmi 17 836 patients accueillis en médecine entre 2004 et 2010, France / *Table 2* Prevalence rate (for 1,000) of psychotrauma reported by COMEDE, by sex, region, and country of origin, with a comparison for diabetes, chronic VHB or VHC infection, and VIH, among 17, 836 patients receiving medical care between 2004 and 2010, France

Région et pays	Effectifs Femmes-Hommes	Diabète		Maladies cardio-vasculaires		Psycho-traumatismes		Infection à VHB ou VHC		Infection à VIH	
		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
		Taux global	4 468-13 368	49	37	95	42	188	86	68	90
Afrique australe	61-45	82	111	197	200	197	67	0	66	0	0
Afrique centrale	1 905-2 148	37	35	123	81	196	169	80	126	37	16
Angola/Cabinda	115-241	61	33	122	66	139	158	148	175	0	21
Cameroun	193-212	73	38	234	47	93	137	182	142	89	19
Congo	244-305	25	52	123	49	238	157	37	108	33	13
République démocratique du Congo (RDC)	1 275-1 290	32	32	109	96	207	179	69	119	31	16
Rwanda	38-30	53	33	79	167	237	333	52	0	79	0
Afrique de l'Est	71-200	0	0	0	10	268	110	56	50	42	0
Afrique du Nord	135-326	156	83	170	58	136	131	22	36	0	3
Algérie	107-237	150	89	206	59	140	105	9	8	0	4
Afrique de l'Ouest	966-3 370	46	24	80	46	227	93	93	179	38	9
Côte d'Ivoire	182-431	16	35	82	46	247	86	104	177	71	19
Guinée Conakry	326-708	34	18	61	34	301	220	83	149	37	8
Mali	132-631	114	19	167	43	68	22	129	238	23	6
Mauritanie	82-900	37	8	37	29	207	46	122	178	12	6
Nigeria	78-218	13	46	0	73	244	138	38	105	26	23
Sénégal	51-181	78	50	137	99	118	11	98	215	0	6
Sierra Leone	32-81	0	0	94	62	219	160	94	185	31	0
Asie centrale	59-199	17	0	51	15	51	55	338	140	0	0
Mongolie	46-52	22	0	22	38	22	0	413	424	0	0
Asie de l'Est	46-58	22	69	87	34	87	52	109	172	0	0
Asie du Sud	655-5 351	81	51	53	32	148	42	3	27	0	<1
Bangladesh	79-2 050	38	60	0	34	114	27	0	40	0	<1
Sri Lanka	552-2 757	91	43	62	25	158	54	2	4	0	0
Caraïbes	160-155	50	90	63	52	94	129	44	51	6	19
Haïti	159-151	50	86	63	46	94	132	44	53	6	20
Europe de l'Est	343-1 326	41	8	70	14	216	116	52	86	0	1
Arménie	38-51	26	0	132	59	211	98	26	0	0	0
Russie/Tchéchénie	102-233	39	9	98	13	225	150	37	116	0	4
Turquie	122-867	33	8	16	9	279	111	33	61	0	0

Figure Taux de prévalence des psychotraumatismes observés au Comede par classe d'âge, parmi 17 836 patients accueillis en médecine au Comede entre 2004 et 2010, France / **Figure** Prevalence rate of psychotrauma at COMEDE among 17,836 patients receiving medical care between 2004 and 2010 by age group, France



Discussion

Les migrants/étrangers en situation précaire constituent une population très hétérogène et difficile à caractériser, en raison notamment du déficit des données démographiques et de la situation de précarité administrative d'une partie des personnes concernées. Pourtant, le croisement des sources publiques et associatives permet d'identifier les groupes les plus nombreux et les plus vulnérables. Cette population peut être estimée à plus d'un million de personnes en France, incluant les personnes protégées au titre du droit d'asile (160 500 fin 2010) [13], les ressortissants des pays-tiers à l'Espace économique européen titulaires d'un titre de séjour précaire, dont les demandeurs d'asile (601 713 fin 2009) [14], et les étrangers en séjour irrégulier, dont le nombre est généralement estimé à 300 000.

La patientèle du Comede est constituée des migrants/étrangers les plus vulnérables. L'appréciation des taux de prévalence observés doit tenir compte de deux biais induits par l'activité du Comede : sous-estimation liée au défaut d'exhaustivité du repérage des situations pathologiques (difficiles à caractériser ou hors du champ nosographique des psychotraumatismes) par les médecins consultants, et surestimation liée à la sélection des personnes les plus atteintes (autosélection de la démarche de soins et critères de priorisation appliqués par le Comede face à l'impossibilité d'accueillir l'ensemble des demandeurs).

Finalement, la définition du psychotraumatisme retenue ici, plus vaste que celle de l'ESPT, ne permet pas de comparer au sens strict nos résultats avec ceux d'études de prévalence en population générale. En dépit de cette différence et des biais méthodologiques évoqués plus haut, les résultats observés témoignent de l'importance des pathologies psychiques dans cette population, lorsqu'on les confronte notamment à ceux qui concernent les autres pathologies infectieuses

ou chroniques (tableau 2). L'importance des pathologies psychiques chez les personnes nées à l'étranger a également été relevée, les hommes nés à l'étranger vivant plus souvent des épisodes dépressifs que ceux nés en France [15]. Les taux de prévalence de psychotraumatismes observés au Comede, notamment chez les femmes, sont plus élevés que les taux de prévalence d'épisodes dépressifs et anxieux, et nettement plus élevés, pour les deux sexes, que les taux de prévalence d'ESPT (moins de 1%) [16] rapportés dans les enquêtes en population générale.

Dans une étude effectuée en 2007 [17], le risque de psychotraumatisme avec retentissement sur la vie quotidienne et/ou souffrance sévère apparaissait 2,3 fois plus élevé lorsqu'il existait un antécédent de violence, et 2,8 fois plus lorsque cette violence avait été qualifiée de torture ($p < 0,001$). La plupart des enquêtes de prévalence des troubles dépressifs et anxieux mettent également en évidence la vulnérabilité particulière des femmes [16;18], et certaines approfondissent le lien avec des antécédents de violence sexuelles ou interparentales [19]. Dans l'observation du Comede, les taux de prévalence élevés des psychotraumatismes parmi les femmes, ainsi que le recours plus élevé à la psychothérapie (45% des consultations psychologiques concernaient des femmes *versus* 26% des consultations de médecine) pourraient s'expliquer en partie par la fréquence des violences liées au genre dont les femmes sont majoritairement les victimes. Le pic de psychotraumatismes observé entre 20 et 49 ans (avec une prévalence culminant à 130-134/1 000 au sein de la tranche d'âge des 20-29 ans) correspond probablement à une exposition plus importante à la violence dans le pays d'origine pour cette tranche d'âge, à mettre en relation avec des activités politiques et militantes, davantage développées.

Les pathologies mentales des migrants/étrangers s'inscrivent dans un contexte d'exil marqué par des ruptures et deuils multiples, ainsi que

par la confrontation souvent brutale à un environnement nouveau et inconnu. Sur le plan psychologique, l'impact de la migration et de l'exil dépasse largement le seul cas des immigrés et des étrangers, plus de 30% de la population générale ayant fait l'expérience de la migration, comme l'a montré l'enquête Trajectoire et origines [20]. Mais dans le cas des migrants/étrangers, cette vulnérabilité se double – parfois violemment – d'une précarité administrative et sociale qui vient à son tour créer des difficultés croissantes pour les migrants, ainsi que pour les professionnels qui leur viennent en aide.

Pour les personnes ayant effectué une demande d'asile, l'enquête réalisée par l'Orspere (Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion) [16] décrit trois zones de fragilisation : la situation d'étranger, qui renvoie au vécu d'exil, la dimension individuelle, dans laquelle s'inscrit le psychotraumatisme, et l'accueil précaire, que les auteurs rattachent au parcours chaotique, à la précarité des liens sociaux, à l'incertitude d'accès à l'hébergement spécifique, et à l'expérience des procédures administratives. Ces multiples facteurs de vulnérabilité en santé mentale trouvent leur traduction clinique dans les données d'observation du Centre de santé mentale de Médecins sans frontières [22], tant sur le plan de la fréquence des antécédents traumatiques (violences physiques 60%, mort violente d'un proche 51%, détention 39%, torture 31%) que sur celui des diagnostics rapportés (troubles psychotraumatiques 30%, troubles anxio-dépressifs 23%, anxiété généralisée 15%, troubles dépressifs 13%).

À ces questions s'ajoutent de réelles difficultés méthodologiques [18;23] qui tiennent aux questions éthiques soulevées par les enquêtes épidémiologiques en santé mentale, mais aussi aux débats nosographiques. L'utilisation par le Comede de la catégorie de « psychotraumatismes » n'est pas complètement satisfaisante. D'une part, elle empêche la comparaison entre les différents tableaux cliniques, d'autre part, elle a également tendance à renvoyer les troubles psychiques à la seule notion de traumatisme. Il nous semble qu'une évolution de définition est nécessaire dans les études pour appréhender la réalité et la diversité du psychotraumatisme. En effet, la catégorisation statistique des diagnostics de santé mentale telle qu'utilisée dans le DSM-IV-TR, notamment la notion d'ESPT, semble trop réductrice pour rendre compte de la diversité des tableaux cliniques et de la singularité des parcours [24;25].

Conclusion

La fréquence et les caractéristiques des maladies psychiques chez les migrants/étrangers observées au Comede plaident pour un développement de la recherche épidémiologique en la matière, d'autant plus que leurs conditions d'accueil et de résidence en France se dégradent depuis plusieurs années, qu'il s'agisse de l'accès à l'hébergement, aux soins ou au séjour [2;26]. Ces recherches devront surmonter des difficultés de deux ordres : d'une part, la méconnaissance des populations considérées, dans un contexte politique qui privilégie la maîtrise de l'immigration et, d'autre part, les limites propres aux outils épidémiologiques en santé mentale.

Pour les institutions de santé publique, comme dans une partie du milieu associatif, la crainte de stigmatiser les migrants est souvent associée à celle de recourir à des catégories liées aux origines des personnes. Pourtant, sans entrer ici dans le débat relatif aux « statistiques ethniques », le recours aux données d'état-civil (nationalité, pays de naissance) est déjà très éclairant sur les facteurs de vulnérabilité [27].

Des recherches épidémiologiques ainsi que des enquêtes qualitatives (non pas isolées, mais bien susceptibles de questionner et de préciser les résultats des études quantitatives) sont nécessaires pour préciser et discuter les entités nosographiques, déconstruire les représentations sur les populations concernées et élaborer une politique de santé mentale qui s'inscrit dans la réalité sociale des étrangers/migrants en difficulté. Elles devraient associer et comparer différents outils de mesure pour caractériser les entités nosographiques, en fonction de l'âge, des tableaux cliniques et des modes de vie [25]. Le recueil de l'expérience subjective des personnes en lien avec leur histoire de vie et leur situation sociale est nécessaire pour élaborer et préciser le diagnostic à partir de catégories nosographiques pertinentes [28]. Certains auteurs [29] insistent en effet sur la nécessité d'aborder l'ensemble des éléments constitutifs de la situation vécue par les étrangers/migrants, sans se limiter à une catégorisation simple pour fournir des réponses appropriées et efficaces en santé mentale. La description nosographique ne pourrait donc être dissociée du statut migratoire, de l'expérience de migration, des identités culturelles et des conditions d'accueil et de soins. Ces recherches devraient finalement veiller à prendre en compte l'ensemble des dispositifs de prévention, de soins et de soutien (services de droit commun, associations spécialisées, mais aussi réseaux ville-hôpital et réseaux psychiatrie et précarité), sans oublier les cofacteurs aussi déterminants que la lutte contre les discriminations, l'accès aux droits ou encore l'interprétariat professionnel.

Références

[1] Comede. Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés. *Maux d'exil*. 2010;29;1-8.

[2] Comede. Rapport d'activité et d'observation. Le Kremlin-Bicêtre : Comede; 2010. 74 p.

[3] Oppenheim H. Die Traumatische Neurosen. Whitefish: Kessinger Publishing; 2010 (Édition originale 1889).

[4] Kraepelin E. Psychiatrie : ein lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth ; 1909-1915. Vol. 1-4. Disponible à : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?63261>

[5] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. *In: Essais de psychanalyse*. Paris: Payot; 2001. 320 p. (Édition originale 1920).

[6] Ferenczi S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Paris : Payot; 2004. 96 p. (Édition originale 1932).

[7] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Issy-les-Moulineaux : Masson; 2003 (Édition originale 2000). 1 120 p.

[8] Crocq L. *Trauma* psychique, prise en charge psychologique des victimes. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007. 308 p.

[9] Barrois C. Les névroses traumatiques. Journée de Paroles sans frontière; 15 mars 2006, Strasbourg. Disponible à : <http://www.p-s-f.com>

[10] Barrois C. Les névroses traumatiques. Le psychotérapeute face aux détresses des chocs psychiques. Paris: Dunod ; 1998. 250 p.

[11] Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS; 2002. 237.

[12] Organisation des Nations unies. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Genève : ONU; 1984. Disponible à : <http://www2.ohchr.org/french/law/cat.htm>

[13] Office français de protection des réfugiés et des apatrides. Rapport d'activité 2010. Paris: Ofpra; 2010 ; 100 p. Disponible à : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000200/index.shtml>

[14] Secrétariat général du Comité interministériel de contrôle de l'immigration. Rapport au Parlement 2010. Les orientations de la politique de l'immigration et de l'intégration. Paris: La Documentation française; 2010. 220 p.

[15] Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. *Études & Résultats*. 2006;(545):1-6.

[16] Bellamy V, Roelandt JL, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers

résultats de l'enquête santé mentale en population générale. *Études & Résultats*. 2004;(347):1-12.

[17] Comede. Violence, torture et séquelles traumatiques chez les exilés. *Maux d'exil*. 2006;14:7-8.

[18] Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l'épisode dépressif majeur en population générale: apports et limites des outils. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(35-36):314-7.

[19] Roustic C, Cadot E, Renahy E, Massari V, Chauvin P. Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne, 2005. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(35-36):321-5.

[20] Beauchemin C, Hamel C, Simon P. Trajectoires et origines. Enquête sur la diversité des populations en France. Premiers résultats. Paris: Institut national d'études démographiques, Institut national de la statistique et des études économiques (coll. Documents de travail). 2010;168:1-152.

[21] Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité. ONSMP. Santé mentale des demandeurs d'asile en région Rhône-Alpes, modalités cliniques et inter-partenariales. Lyon: ONSMP; 2005. 178 p.

[22] Médecins sans frontières. Rapport d'activité du Centre d'écoute et de soins. Paris: Médecins sans frontières; 2010. 42 p.

[23] Briffault X, Morvan Y, Guilbert P, Beck F. Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008;(35-36):318-21.

[24] Baubert T. Penser la souffrance psychique des demandeurs d'asile : des outils insuffisants. *Maux d'exil*. 2008;25:1-3.

[25] Briere J, Spinazzola J. Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *J Trauma Stress*. 2005;18(5):401-12.

[26] Veisse A, Aïna E. Prévention pour les populations migrantes. *In: Bourdillon F (dir). Traité de prévention*. Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2009:314-9.

[27] Veisse A, Aïna E. Migrations et santé. *In: Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D (dir). Traité de santé publique*. 2^e éd. (coll. Traités). Paris: Flammarion Médecine Sciences; 2007:509-14.

[28] Rasmussen A, Rosenfeld B, Reeves K, Keller AS. The subjective experience of trauma and PTSD in a sample of undocumented immigrants. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(2):137-43.

[29] Bhugra D, Jones P. Migration and mental illness. *Adv Psychiatr Treat*. 2001;7:216-23.